دليل مقدم الخدمة

المحتويات

مقدمة

عزيزي مقدم الخدمة الطبية: أهلا بك عضواً مهماً في الشبكة الطبية لشركة متلايف، والتي بنيت عبر السنين على أساس من الثقة والنزاهة والالتزام. وفي البداية نود أن نقدم لك تعريفا مبسطا بشركتنا سيساعدك بالتأكيد في فهم أسس تقديم الخدمة الطبية لعملائنا الكرام.

شركتنا

أسست شركة متلايف عام 1868 م لتصبح واحدة من أكبر شركات التأمين في العالم عبر تقديم خدماتها لما يقرب من مائة مليون شخص في حوالي خمسين دولة. وبالإضافة إلى ذلك فإن متلايف هي الشركة الرائدة في أسواق أمريكا واليابان وأمريكا اللاتينية وآسيا وأوروبا والشرق الأوسط.

ومنذ دخولها مصر عام 1997 كأول شركة دولية متخصصة في تأمينات الحياة، أثبتت متلايف قدرتها على تقديم خدمات تأمينية ذات مستوً عالمي لأكثر من ستمائة وخمسين ألف عميل، كما نجحت في إنشاء علاقات وثيقة مع مقدمي الخدمة الطبية عززت مكانتها الرائدة في السوق المصري ورفعت مقاييس الخدمة إلى المستويات الدولية.

وعلى صعيد آخر تنتهج متلايف أساليب عمل قائمة على تشجيع الابتكار والتطوير وتبني التكنولوجيا، كما أضافت إلى قطاع التأمين المصري مجموعة من أفضل الكوادر البشرية في هذا المجال.

قيمنا

نحن فخورون بإرثنا من الالتزام الذي لايحيد عن مساعدة عملائنا في تحقيق آمالهم. الثقة وبُعد النظر والابتكار والنزاهة ووضع العملاء في بؤرة الاهتمام، كلها قيم ساعدتنا في تحقيق الريادة والنمو المثمر والقدرة على جذب أصحاب المواهب وتمكينهم ليؤدوا أعمالهم بأعلى المستويات.

الشبكة الطبية

لأن عملاءنا هم أغلى ما نملك، فإننا في متلايف نعمل مع مقدم الخدمة كفريق واحد هدفه توفير خدمة ممتازة لهم وبما يحقق النفع للجميع.

إن انضمامكم لشبكة متلايف هو تتويج لسعينا لبناء شبكة طبية متوازنة تغطي – بمستوً متميز – كافة التخصصات في جميع أنحاء الجمهورية؛ مع الأخذ في الاعتبار أن شبكة مقدمي الخدمة لمتلايف هي الأكبر بين مثيلاتها من حيث العدد والتنوع والتغطية ومستوى الخدمات المقدمة، يدعم ذلك العناية الفائقة التي توليها الشركة في اختيار شركائها من مقدمي الخدمة واحترامها لالتزاماتها نحوهم ومتابعتهم المستمرة.

وكون مقدم الخدمة هو شريكنا في النجاح، فإن متلايف تحرص كل الحرص على أن توفي شركاءها حقوقهم الأدبية والمالية غير منقوصة، ولذلك – ولمساعدتك في حفظ كافة حقوقك – فإننا نقدم لك هذا الدليل الذي ننصحك بقراءته بعناية كاملة، وفي حال عدم وضوح أي نقطة فإننا نرجوك أن ترجع لفريق الشبكة الطبية بمتلايف للتوضيح والمساعدة.

نتمنى لك تعاوناً مثمراً مع متلايف، ومرةً أخرى: أهلا بك.

إدارة الشبكة الطبية بمتلايف

البطاقات الطبية

تعريفات

البطاقة الطبية

وتعني أياً من:

أ) بطاقة التأمين الطبي التي تصدرها متلايف للمستفيد بموجب وثيقة التأمين الجماعي الموقعة بين الشركة من ناحية والجهة المتعاقدة من ناحية أخرى.

ب) بطاقة الخصم الطبي التي تصدرها متلايف وتمنح المستفيد خصماً أو تخفيضاً على أسعار الخدمات الطبية المشمولة في البطاقة وفقاً لنسبة الخصم و/أو التخفيض المنصوص عليها في الاتفاق المبرم مع مقدم الخدمة.

المستفيد

هو الشخص الحامل للبطاقة الطبية الشخصية الصادرة من متلايف والمدون عليها بياناته لاسيما الاسم الثلاثي.

المزايا/التغطيات

ويقصد بها نطاق وحدود الخدمات التي تغطيها وثيقة التأمين الطبي التي يتبعها المستفيد، والتي قد تكون موضحة على بطاقة التأمين الطبي أو نظام المطالبات الإلكتروني (e-Claims). وبشكل عام، فإن هذا البند يوضح شكل وحدّ التغطية التأمينية في المجالات التالية:

أ) العلاج الداخلي بالمستشفيات

ب) العلاج بالعيادات الخارجية، ويشمل الكشف وخدمات العيادة الخارجية والأشعة والمعمل والعلاج الطبيعي.

ج) صرف الأدوية والمستلزمات العلاجية

د) التغطيات الإضافية، وتشمل:

1. علاج الأسنان
2. الحمل والولادة
3. النظارة والبصريات

بالنسبة للتغطيات الإضافية بشكل عام، وما لم يذكر خلاف ذلك في بطاقة التأمين الطبي، يقوم المستفيد بسداد قيمة الخدمات تحت هذا البند نقداً طبقاً لأسعار الاتفاق مع متلايف ويحصل على الفواتير والإيصالات المثبتة للسداد ليقوم لاحقا باسترداد قيمتها من متلايف طبقاً لأحكام وشروط الوثيقة.

نسبة التحمل

وتعني النسبة التي يتحملها المستفيد وفقاً لما هو مدون على البطاقة الطبية أو النظام الإلكتروني، والتي يقوم عند تلقيه الخدمة الطبية بسدادها مباشرة لمقدم الخدمة على أساس قائمة الأسعار محل الاتفاق.

نسبة التغطية

وتعني النسبة التي تتحملها متلايف من مقابل الخدمات الطبية المقدمة، والتي تقوم الشركة بسدادها مباشرة لمقدم الخدمة بناءً على المطالبة المقدمة من الأخير، على أساس قائمة الأسعار محل الاتفاق.

تنبيه: استثناءً مما سبق، تغطي متلايف نسبة 100% (مائة في المائة) من النفقات العلاجية لحالات الطوارئ شريطة إخطارها بحالة الطوارئ خلال 24 ساعة من استقبال الحالة أو في أول يوم عمل في حالة العطلات الرسمية أو الاضطرابات والظروف الاستثنائية أو القوة القاهرة.

بيانات بطاقة التأمين الطبي

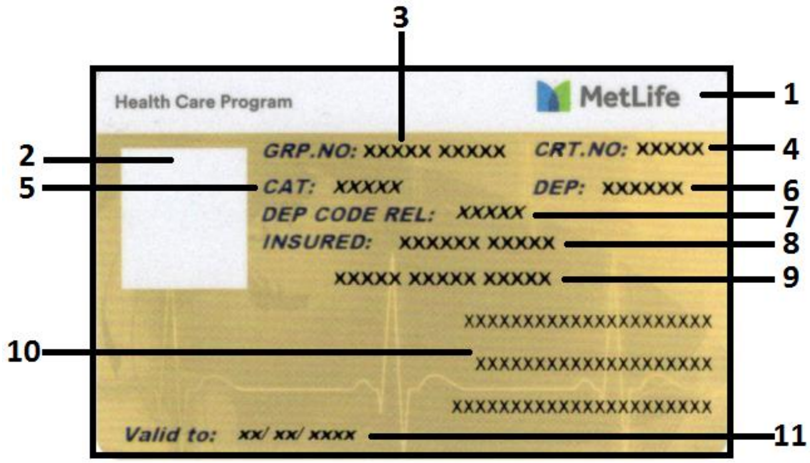
بطاقة التأمين الطبي التي تصدرها متلايف هي بطاقة ممغنطة تحمل كل البيانات والمعلومات التي تخص المستفيد والتي يجب على مقدم الخدمة مراجعتها قبل الشروع في تقديم خدماته.

ويجب التنبه إلى أن بعض البيانات (مثل نسبة التحمل في الأدوية) قد لاتكون مكتوبة ظاهريا على البطاقة، لكنها ستظهر لمقدم الخدمة على نظام متلايف الإلكتروني لدى إدخاله الأرقام المثبتة على البطاقة.

واجهة البطاقة

ويظهر بها (صورة 1):

1. شعار متلايف وتحته جملة "Health Care Program" والتي تخص بطاقات التأمين الطبي فقط.
2. صورة المستفيد
3. رقم وثيقة التأمين "GRP. NO"
4. الرقم الشخصي "CRT. NO"
5. الفئة "CAT"، وتبين:
   - فئة البطاقة: ذهبية أو فضية أو خضراء أو برتقالية
   - درجةالإقامة: غرفة مفردة أو غرفة مزدوجة أو جناح
6. اسم المعال "DEP": إذا كانت البطاقة تخص أحدا من عائلة المؤمن له الأساسي فإن اسمه سيذكر هنا.
7. رقم المعال وعلاقته بالمؤمن له الأساسي "DEP CODE/REL"
8. اسم المؤمن له الأساسي
9. اسم جهة التعاقد التي يتبعها المؤمن له
10. تعليمات خاصة قد تكون مدونة على واجهة البطاقة
11. تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة



صورة 1: واجهة بطاقة التأمين الطبي

خلفية البطاقة

ويظهر بها (صورة 2):

1. الشريط الإلكتروني الممغنط
2. جملة بطاقة تعريف "IDENTIFICATION CARD"
3. جملة " THIS CARD IS VALID AS LONG AS THE INSURED'S MEMBERSHIP IN THE PLAN CONTINUES"، والتي تعني أن البطاقة ستظل صالحة طالما استمرت عضوية المستفيد في وثيقة التأمين.
4. الخط الساخن لمتلايف 19097
5. رقم الفاكس +20227929174
6. جملة "Kindly add your mobile number on the approval request"، والتي تطلب من مرسل طلب الحصول على الموافقة إضافة رقم المحمول الخاص به إلى الطلب.
7. شعار متلايف ثلاثي الأبعاد المضاد للتزييف
8. الرقم المسلسل للبطاقة



صورة 2: خلفية بطاقة التأمين الطبي

فئات البطاقات التأمين الطبي

تندرج بطاقة التأمين الطبي لمتلايف تحت أحد الفئات الأربع التالية (صورة 3):

1. الذهبية
2. الفضية
3. الخضراء
4. البرتقالية

والترتيب السابق مهم للغاية ويجب على مقدم الخدمة أخذه بعين الاعتبار حال استقباله حامل البطاقة. فعند إبرام الاتفاق مع متلايف سيتم توجيه مقدم الخدمة رسميا إلى الفئات التي يستطيع استقبالها وتلك التي لايستطيع، وبصفة عامة فإن مقدم الخدمة من فئة معينة يمكنه استقبال حاملي البطاقات من فئته والفئات الأعلى لكنه لا يستطيع استقبال حاملي البطاقات من الفئات الأدنى.

على سبيل المثال: مقدم الخدمة من الفئة الفضية يمكنه استقبال حاملي البطاقات من الفئتين الفضية والذهبية، لكنه لا يستطيع استقبال حاملي البطاقات من الفئتين الخضراء والبرتقالية.

هذا ويستطيع مقدم الخدمة التأكد من فئة البطاقة عن طريق:

1. اللون (صورة 3)
2. المدون إلى جوار الفئة "CAT" بواجهة البطاقة (صورة 1) كما سبق ونوهنا.



صورة 3: بطاقات التأمين الطبية حسب الفئات المختلفة

بيانات بطاقة الخصم الطبي

واجهة البطاقة

ويظهر بها (صورة 4):

1. جملة "MEDICAL DISCOUNT CARD" والتي تخص بطاقات الخصم الطبي فقط.
2. اسم المستفيد
3. اسم الجهة التي يتبعها المستفيد
4. تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة
5. جملة "يسدد حامل هذه البطاقة كافة الخدمات نقداً بناءً على أسعار التعاقد"
6. رقم العضوية

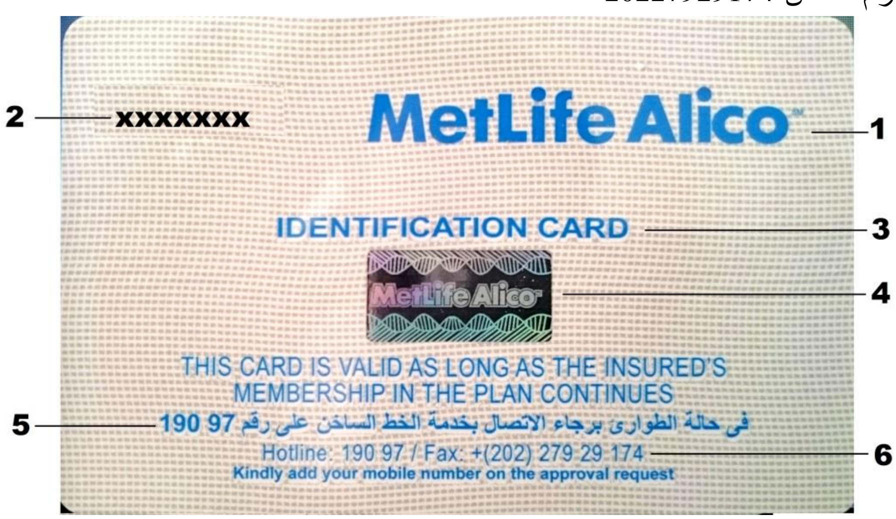


صورة 4: واجهة بطاقة الخصم الطبي

خلفية البطاقة

ويظهر بها (صورة 5):

1. شعار متلايف
2. الرقم المسلسل للبطاقة
3. جملة بطاقة تعريف "IDENTIFICATION CARD"
4. شعار متلايف ثلاثي الأبعاد المضاد للتزييف
5. الخط الساخن لمتلايف 19097
6. رقم الفاكس +20227929174



صورة 5: خلفية بطاقة الخصم الطبي

نماذج الخدمة

بصفة عامة، نماذج الخدمة الخاصة بمتلايف هي:

1. الوصفة الطبية (الروشتة) المحررة عن طريق الطبيب المعالج والموضح بها الخدمات المطلوبة مثل (خدمات الأشعة & خدمات التحاليل & العلاج الطبيعى & خدمات العيادات الخارجية & والفحوصات الطبية ... ألخ)
2. نماذج مطالبة إدارة العناية الطبية
3. نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د")

نماذج مطالبة إدارة العناية الطبية

وهي نماذج المطالبة المعدّة من قِبل متلايف والتي يلتزم مقدم الخدمة بملئها واستيفائها مع ملحقاتها ومرفقاتها عند تقديم مطالبات سداد مقابل الخدمات الطبية إلى الشركة.

يوجد شكلان من هذه النماذج:

أ. **الشكل الورقي (ملحق 1)**: وتعده متلايف في شكل دفتر مكون من حزم مرقمة، تتكون كل حزمة من نسختان:

1. نسخة بيضاء: مطبوع أسفلها "نسخة متلايف"، وتستخدم لتقديم خدمات العيادة الخارجية مثل الكشف الطبي وكتابة الأدوية الموصوفة فى حال أحتياج المريض للأدوية.
2. نسخة زرقاء: مطبوع أسفلها "نسخة الصيدلية"، وتستخدم لصرف الأدوية والمستحضرات الدوائية الموصوفة من الطبيب.

ب. **الشكل الإلكتروني (ملحق 2)**: يستخرج عبر نظام المطالبات الإلكتروني (e-Claims) على الموقع الإلكتروني: www.eclaim.metlifealico.com

نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د")

وهو النموذج المعد من قبل متلايف والذي يلتزم مقدم الخدمة أو المستفيد بملئه واستيفائه مع ملحقاته ومرفقاته عند طلب الحصول على الموافقة المسبقة على إحدى الخدمات التي تستلزم الحصول عليها (ملحق 3).

تنبيه: يتحمل مقدم الخدمة المسئولية القانونية في المحافظة على كافة المستندات والنماذج المطبوعة و/أو الالكترونية المسلمة له من قبل الشركة، ويمتنع عليه تعديل شروطها (بالكشط أو الشطب أو الإضافة، إلخ) أو تعريضها للفقد أو السرقة أو التزوير. كما يكون للشركة ندب أحد موظفيها لمراجعة تلك المستندات بشكل دوري لدى مقدم الخدمة الذي يلتزم بتمكين مندوب الشركة من الاطلاع عليها ومراجعتها متى طلب منه ذلك.

كشف الطبيب المعالج

1- يسمح بتوقيع الكشف الطبي لنفس المستفيد مرتين في اليوم الواحد في تخصصين مختلفين.
2- *يستخدم الطبيب النسخة البيضاء للكشف ووصف الأدوية مع أعطاء المريض النسخة الزرقاء المكربنة حتى يتسنى للمريض صرف تلك الأدوية*
3- عند وصف أدوية للمريض يتم كتابتها على نموذج المطالبة (النسخة البيضاء) وليس على روشتة كما كان معمولاً به سابقاً مع مراعاة الأشتراطات الأتية:

- **التاريخ**
- **أسم المريض**
- **رقم الوثيقة والرقم الفردي**
- **التشخيص بواسطة الطبيب المعالج**
- **اسم الطبيب المعالج والتوقيع**
- **الأدوية مع الجرعات ومدتها**
- **عدد اصناف الأدوية الموصوفة**
- **ختم الطبيب أو المستشفى**
- **توقيع المريض**
- **على الصيدليات أن تقدم النسخة الزرقاء مع فاتورة الأدوية ونسخة ال EOB من نظام ICare وال Bills delivery**

4- *فى حال احتياج المريض لعمل خدمات الاشعة او التحاليل او العلاج الطبيعى او فحوص طبية اخرى او خدمات عيادة خارجية أخرى يتم كتابتها*

بالنسبة للخدمات المذكورة أعلاه (الأشعة، التحاليل، العلاج الطبيعي وخلافه) سيتم الأكتفاء بطلب الخدمة الطبية المدون من الطبيب المعالج على روشتة الطبيب أو المستشفى على أن يحتوي على الأتي:

- **التاريخ**
- **أسم المريض**
- **رقم الوثيقة والرقم الفردي**
- **التشخيص بواسطة الطبيب المعالج**
- **اسم الطبيب المعالج والتوقيع**
- **ختم الطبيب أو المستشفى**
- **توقيع المريض**

يتم تقديم ذلك طلب الخدمة في المطالبة الشهرية مع إيصال الخدمة

- ***كشف النظر***

بالنسبة لخدمة كشف النظر (قياس حدة الإبصار) بشكل عام، وما لم يذكر خلاف ذلك في بطاقة التأمين الطبي، يقوم المستفيد بسداد قيمة الخدمة نقداً طبقاً لأسعار الاتفاق مع متلايف ويحصل على الفواتير والإيصالات المثبتة للسداد ليقوم لاحقا باسترداد قيمتها من متلايف طبقاً لأحكام وشروط الوثيقة.

إذا ذكر في بطاقة التأمين الطبي أنه "تغطي هذه البطاقة كشف النظر وباقي خدمات البصريات تحتاج لموافقة مسبقة" فإن ذلك يعني أن خدمة كشف النظر تقدم للمستفيد مباشرةً طبقا للخطوات السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**"، أما باقي خدمات البصريات فتقدم بعد الحصول على الموافقة اللازمة من متلايف كما سنبين لاحقاً.

- ***متابعة الحمل***

بالنسبة لخدمات متابعة الحمل (والتي تشمل الكشف و التحاليل و الأشعة و الأدوية) بشكل عام، وما لم يذكر خلاف ذلك في بطاقة التأمين الطبي، يقوم المستفيد بسداد قيمة الخدمة نقداً طبقاً لأسعار الاتفاق مع متلايف ويحصل على الفواتير والإيصالات المثبتة للسداد ليقوم لاحقا باسترداد قيمتها من متلايف طبقاً لأحكام وشروط الوثيقة.

إذا ذكر في بطاقة التأمين الطبي أنه "تغطي هذه البطاقة متابعة الحمل" فإن ذلك يعني أن خدمات متابعة الحمل تقدم للمستفيد مباشرةً طبقا للخطوات السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**".

- ***خدمات عيادة الأسنان***

بالنسبة لخدمات عيادة الأسنان بشكل عام، وما لم يذكر خلاف ذلك في بطاقة التأمين الطبي، يقوم المستفيد بسداد قيمة الخدمات تحت هذا البند نقداً طبقاً لأسعار الاتفاق مع متلايف ويحصل على الفواتير والإيصالات المثبتة للسداد ليقوم لاحقا باسترداد قيمتها من متلايف طبقاً لأحكام وشروط الوثيقة.

إذا ذكر في بطاقة التأمين الطبي أنه "تغطي هذه البطاقة كشف الأسنان وباقي خدمات الأسنان تحتاج لموافقة مسبقة" فإن ذلك يعني أن خدمة الكشف تقدم للمستفيد مباشرةً طبقا للخطوات السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**"، أما باقي الخدمات فتقدم بعد الحصول على الموافقة اللازمة من متلايف كما سنبين لاحقاً.

- ***خدمات المعمل***

عند حضور المستفيد إلى المعمل لإجراء التحاليل التي قررها الطبيب المعالج يرجى اتباع الآتي:

1. التأكد من أصل بطاقة التأمين الطبي والتحقق من هوية المستفيد عن طريق **<u>بطاقة الرقم القومي</u>**.
2. التأكد من سريان التغطية التأمينية بمراجعة تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة المدون عليها وكذلك عن طريق نظام المطالبات الإلكتروني أيضاً.
3. مراجعة روشتة إدارة العناية الطبية الذي يحمله المستفيد للتأكد مما يلي:
   أ. الروشتة مثبت به اسم الطبيب المعالج وختمه أو ختم المستشفى الصادر منها والتشخيص الطبى
   ب. الروشتة مثبت به توقيع المستفيد
   ج. الخدمات المطلوبة لا تندرج تحت قائمة الاستثناءات المطبوعة المذكورة لاحقا في هذا الدليل.
   د. الروشتة لا تزال سارياً، فلا يسمح بتلقي الخدمة بعد انقضاء أكثر من سبعة أيام من تاريخ الكشف
   هـ. أرقام الكارنيه الخاصة بالمريض (رقم الوثيقة & الرقم الفردى)
4. مراجعة نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية أو (نموذج "د") في حال ما إذا كان هناك داعٍ لوجوده كما سنبين لاحقاً.
5. تقديم الخدمة باستخدام نظام المطالبات الإلكتروني (e–Claims):
   أ. تنفذ الخطوات من 1 إلى 5 السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**".

ب. تجمع العينات لإجراء التحاليل المطلوبة طبقا لطلب الطبيب المثبت بالوصفة الطبية.

ج. يوقع المستفيد (أو الوصي في حالة كون المستفيد طفلا أو غير مدرك) في الخانة المخصصة لذلك في نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية.

د. يحتفظ المعمل بالروشتة ويتم إرفاقها مع النموذج المطبوع إلى متلايف.

6. في حال كانت الخدمة تستلزم الحصول على الموافقة المسبقة فيجب الحصول على الموافقة المسبقة أولا باستخدام نظام الموافقات الإلكتروني (HCIS) أو البريد الإلكتروني أو الفاكس، وتقدم الخدمة الطبية طبقا للموافقة المرفقة. **وفي كل الأحوال، إذا كانت الحالة طارئة يشرع مقدم الخدمة في تقديم خدماته دون انتظار الموافقة المسبقة على أن يخطر متلايف خلال أربع وعشرين ساعة من استقبال المستفيد.**

- ***خدمات الأشعة***

عند حضور المستفيد إلى مركز الأشعة للخضوع للفحوصات التي قررها الطبيب المعالج يرجى اتباع الآتي:

1. التأكد من أصل بطاقة التأمين الطبي والتحقق من هوية المستفيد عن طريق **بطاقة الرقم القومي**.
2. التأكد من سريان التغطية التأمينية بمراجعة تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة المدون عليها وكذلك عن طريق نظام المطالبات الإلكتروني أيضاً.
3. مراجعة روشتة إدارة العناية الطبية الذي يحمله المستفيد للتأكد مما يلي:

أ. الروشتة مثبت به اسم الطبيب المعالج وختمه أو ختم المستشفى الصادر منها والتشخيص الطبى

ب. الروشتة مثبت به توقيع المستفيد

ج. الخدمات المطلوبة لا تندرج تحت قائمة الاستثناءات المطبوعة على خلفية المذكورة لاحقا في هذا الدليل.

د. الروشتة لا تزال سارياً، فلا يسمح بتلقي الخدمة بعد انقضاء أكثر من سبعة أيام من تاريخ الكشف

هـ. أرقام الكارنيه الخاصة بالمريض (رقم الوثيقة & الرقم الفردى)

4. مراجعة نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية أو(نموذج "د") في حال ما إذا كان هناك داعٍ لوجوده كما سنبين لاحقاً.
5. تقديم الخدمة باستخدام نظام المطالبات الإلكتروني (e-Claims):

أ. تنفذ الخطوات من 1 إلى 5 السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**".

ب. تجرى الفحوصات طبقاً لطلب الطبيب المثبت بالوصفة الطبية.

ج. يوقع المستفيد (أو الوصي في حالة كون المستفيد طفلا أو غير مدرك) في الخانة المخصصة لذلك في نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية.

د. يحتفظ مركز الأشعة بالروشتة ويتم إرفاقها مع النموذج المطبوع إلى متلايف.

6. في حال كانت الخدمة تستلزم الحصول على الموافقة المسبقة فيجب الحصول على الموافقة المسبقة أولا باستخدام نظام الموافقات الإلكتروني (HCIS) أو البريد الإلكتروني أو الفاكس، وتقدم الخدمة الطبية طبقا للموافقة المرفقة. **وفي كل الأحوال، إذا كانت الحالة طارئة يشرع مقدم الخدمة في تقديم خدماته دون انتظار الموافقة المسبقة على أن يخطر متلايف خلال أربع وعشرين ساعة من استقبال المستفيد.**

خدمات العلاج الطبيعي

عند حضور المستفيد إلى مركز العلاج الطبيعي لتلقي الخدمات التي قررها الطبيب المعالج يرجى اتباع الآتي:

1. التأكد من أصل بطاقة التأمين الطبي والتحقق من هوية المستفيد عن طريق **بطاقة الرقم القومي**.
2. التأكد من سريان التغطية التأمينية بمراجعة تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة المدون عليها وكذلك عن طريق نظام المطالبات الإلكتروني أيضاً.
3. مراجعة نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية الذي يحمله المستفيد للتأكد مما يلي:
   - أ. الروشتة مثبت به اسم الطبيب المعالج وختمه أو ختم المستشفى الصادر منها والتشخيص الطبى
   - ب. الروشتة مثبت به توقيع المستفيد
   - ج. وجود نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية أو (نموذج "د") المعتمد المثبت به الموافقة على الخدمات المطلوبة.
   - د. النموذج لا يزال سارياً، فلا يسمح بتلقي الخدمة بعد انقضاء أكثر من سبعة أيام تاريخ الموافقة.
   - ه. أرقام الكارنيه الخاصة بالمريض (رقم الوثيقة & الرقم الفردى)
4. تقديم الخدمة باستخدام نظام المطالبات الإلكتروني (e-Claims):
   - أ. تنفذ الخطوات من 1 إلى 5 السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**".
   - ب. تقدم الخدمة طبقاً للموافقة المرفقة.
   - ج. يوقع المستفيد (أو الوصي في حالة كون المستفيد طفلا أو غير مدرك) في الخانة المخصصة لذلك في بطاقة المتابعة عقب كل جلسة علاج.
   - د. يحتفظ مركز العلاج الطبيعي بالروشتة ويتم إرفاقها مع النموذج المطبوع إلى متلايف بالإضافة إلى نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د") وبطاقة المتابعة المثبت بها توقيع المستفيد.

مراكز البصريات

بالنسبة لخدمات البصريات بشكل عام، وما لم يذكر خلاف ذلك في بطاقة التأمين الطبي، يقوم المستفيد بسداد قيمة الخدمات تحت هذا البند نقداً طبقاً لأسعار الاتفاق مع متلايف ويحصل على الفواتير والإيصالات المثبتة للسداد ليقوم لاحقا باسترداد قيمتها من متلايف طبقاً لأحكام وشروط الوثيقة.

إذا ذكر في بطاقة التأمين الطبي أنه "تغطي هذه البطاقة كشف النظر وباقي خدمات البصريات تحتاج لموافقة مسبقة" فإن ذلك يعني أن خدمة كشف النظر تقدم للمستفيد مباشرةً طبقا للخطوات السابق ذكرها تحت "**Error! Reference source not found.**"، أما باقي خدمات البصريات فتقدم بعد الحصول على الموافقة اللازمة من متلايف كما سنبين لاحقاً.

خدمات الصيدليات

عند حضور المستفيد إلى الصيدلية لصرف الدواء يرجى اتباع الآتي:

1. التأكد من أصل بطاقة التأمين الطبي والتحقق من هوية المستفيد عن طريق **بطاقة الرقم القومي**.

تنبيه:

- ***يتم الصرف للمستفيد أو أحد ذويه فقط بموجب أصل بطاقة التأمين الطبي وليس صورتها.***

- ***في حالة قيام أحد ذوي المريض بالصرف يرجى الأطلاع على بطاقة الرقم القومي الخاصة بها وتسجيل رقمها على نموذج المطالبة الطبية.***

2. التأكد من سريان التغطية التأمينية بمراجعة تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة المدون عليها وكذلك عن طريق برنامج آي*كير (I*CARE) أيضاً (يشرح لاحقا).
3. مراجعة نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية الذي يحمله المستفيد للتأكد مما يلي:
   و. النسخة المقدمة هي نسخة الصيدلية (النسخة الزرقاء)
   ز. النموذج مثبت به اسم الطبيب المعالج وختمه أو ختم المستشفى الصادر منها
   ح. النموذج مثبت به التشخيص الطبي سواء كتابةً أو عن طريق اختيار أحد رموز التشخيصات المطبوعة.
   ط. النموذج مثبت به توقيع المستفيد
   ي. الأدوية والمستحضرات المطلوبة لا تندرج تحت قائمة الاستثناءات المطبوعة على خلفية نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية والمذكورة لاحقا في هذا الدليل.
   ك. النموذج لا يزال سارياً، فلا يسمح بالصرف بعد انقضاء أكثر من سبعة أيام من تاريخ الكشف.
4. مراجعة نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د") في حال ما إذا كان هناك داعٍ لوجوده كما سنبين لاحقاً.
5. صرف الأدوية:

- ***تدخل جميع الأدوية ويتم صرفها من خلال نظام آي*كير (I*CARE) (ستفصل لاحقاً)، ولن يعتد بأي مطالبة لأدوية لم تصرف باستخدام هذا البرنامج.***
- يتم صرف الأدوية الموصوفة للمريض بناءً على تعليمات الطبيب وطبقاً للجرعات المحددة ومدة العلاج لكل دواء.
- عند تقديم نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د") يتم الصرف طبقا له ما عدا الأدوية والمستحضرات الطبية المرفوضة لشركة متلايف (المبينة لاحقاً) والتي سيتم رفضها من قبل برنامج آي*كير (I*CARE) أيضاً.
- في حال عدم تحديد الطبيب المعالج المدة الزمنية لاستعمال الدواء، تقدم أقل وحدة صرف.
- في حالة صرف البدائل يصرف البديل الأرخص سعراً و ما دون ذلك يتم أخذ موافقة مسبقة.
- إذا أظهر برنامج آي*كير (I*CARE) أنه قد سبق بالفعل صرف العلاج المزمن للشهر الحالي فإنه يرفض صرف الدواء للمستفيد.
- يتم إتباع الملحوظة الخاصة بصرف أدوية متابعة الحمل المثبتة على بطاقة التأمين الطبي حتى وإن تم رفضها من برنامج آي*كير (I*CARE)، وحتى إشعار آخر.
- لا يتم تحت أي ظرف صرف روشتات مجمعة.

6. يتم تحصيل نسبة التحمل نقدا من المستفيد بعد حساب نسبة الخصم محل الاتفاق.

تنبيه: يحصل مبلغ التحمل المبين عبر برنامج آي*كير (I*CARE) بغض النظر عما هو مثبت على بطاقة التأمين الطبي.

طريقة استعمال برنامج آي*كير (I*CARE) لصرف الأدوية الموصوفة

1. أدخل البرنامج عبر صفحة الانترنت في العنوان:
   http://i-care.globemedegypt.com:8033
2. إضغط على زر إدخال مطالبة أدوية الموجود أسفل يمين الصفحة.
3. أدخل أرقام المستفيد الموجودة على بطاقة التأمين الطبية
   - رقم وثيقة التأمين: عشرة أرقام
   - الرقم الشخصي
4. لا يتم الصرف في الحالات الآتية:
   - عند ظهور عبارة (Contract Expiry Date Exceeded)، وتعني انتهاء صلاحية بطاقة التأمين الطبي
   - عند ظهور عبارة (Exceeding Financial Limitation)، وتعني بلوغ الحدّ التأميني المتاح
   - عدم ظهور اسم الشخص المثبت في الوصفة ضمن قائمة المستفيدين
5. أدخل تاريخ الروشتة في الحقل المخصص لذلك.
6. أدخل الدواء بإحدى الطريقتين:
   - كتابة أول ثلاثة أحرف على الأقل من اسم الدواء فتظهر خيارات تقوم بالاختيار من بينها
   - باستخدام قارئ الباركود
7. أدخل الجرعة الموصوفة حسب ارشادات الطبيب
8. لإضافة دواءٍ آخر إضغط أيقونة Add Drug

ملاحظة: في حال الخطأ في تعبئة هذه المعلومات يرجى الضغط على إشارة إلغاء الموجودة بجانب اسم الدواء في الجدول ثم أعد إدخال البيانات الصحيحة.

9. عند الانتهاء من ادخال جميع الادويه الموجودة على الروشتة إضغط على أيقونة (Request Authorization).
10. إذا تعدت قيمة الوصفة الطبية مبلغ الف جنيه مصري ستظهر رسالة تحذيرية (Did the insured secure a prior approval?) وذلك للتاكد من وجود موافقة مسبقة على الصرف.
    - يتم التأكد من وجود أيٍ مما يلي:
      - نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د") المعتمد
      - إذا كانت البطاقة الطبية تسمح بالصرف بدون موافقة مسبقة
    - عند توافر أي من الشرطين السابقين يتم الضغط على زر (Yes) وتصرف الأدوية الموافق عليها من قبل البرنامج.

- في حالة عدم توافر أي من الشرطين السابقين يتم الضغط على زر (No) فيتم رفض الروشتة تلقائيا ولا يتم صرفها.

11. بعد التأكد من الرد بالأدوية الموافق عليها أو المرفوضة إضغط على أيقونة (Dispense Authorization).
12. إضغط أيقونة الطابعة لطباعة الفاتورة (Explanation of Benefits)
13. يجب على المريض أن يدفع المبلغ المذكور في الحقل (Patient Share) إن وجد.

ملاحظات

- في حال الرغبة في الاطلاع على الفواتير المنزلة على البرنامج للتأكد من الصرف أو طباعتها في حال لم تتم طباعتها عند صرفها:
  - اختر "بحث" من الصفحة الرئيسية
  - اختر "مطالبات خارجية"
  - اختر تاريخ بدء ونهاية البحث
  - اضغط أيقنة البحث "search"
  - اختر الاسم المطلوب فتظهر الفاتورة المطلوبة التي يمكن طباعتها
  - للعودة اضغط أيقونة "Back"
- في حال الرغبة بتغيير اللغة يرجى الضغط على أيقونة My Parameters ثم اختر اللغة ثم اضغط أيقونة (Update).
- في حال وجود مشكلة تقنية متعلقة ببرنامج آي*كير (I*CARE) يتم الرجوع إلى قسم الدعم الفني عن طريق:
  - الاتصال على رقم 0233086255
  - البريد الألكتروني: providersupport@globemedegypt.com

الأدوية والمستحضرات الطبية غير المغطاة تأمينياً من قِبل شركة متلايف

1. كل ما يخص رفع المناعة من فيتامينات و أدوية وتطعيمات
2. الفيتامينات المتعددة والمكملات الغذائية فيما عدا حالات الحمل (إن كانت مغطاة تأمينياً) أو الأمراض الناشئة عن نقص فيتامين بعينه
3. علاج الحمل غير مغطً تأمينياً إلا إذا ذكر غير ذلك على البطاقة الطبية الخاصة بالمستفيدة
4. محفزات الرضاعة ومدرات اللبن
5. جميع الأدوية المحفزة والمقويات وعلاج الضعف الجنسي
6. علاج العقم وزيادة الخصوبة
7. علاج الإدمان وعلاج السموم ومضاداتها
8. مستحضرات تفتيح البشرة ومرطبات الجلد وواقيات الشمس
9. جميع أنواع المطهرات والصابون والمنظفات الجلدية
10. كافة أنواع علاجات ومستحضرات تساقط الشعر
11. علاج الأمراض النفسية والمنومات والمهدئات

12. علاج الأسنان غير مغطاً إلا إذا ذكر غير ذلك على البطاقة الطبية الخاصة بالمستفيد
13. المضمضة بكافة أنواعها وأقراص الاستحلاب
14. الجوارب والأحذية الطبية وعلاج انمساح القدم
15. أشرطة قياس السكر
16. جميع مستحضرات وأدوية علاج فقدان الشهية وعلاج السمنة
17. المستحضرات المتعلقة بالنظم الغذائية مثل بدائل الملح والسكر
18. جميع المستحضرات الغير منتجة بواسطة شركات الأدوية والغير مسجلة بوزارة الصحة المصرية
19. جميع الأدوية المستوردة والغير مسجلة بوزارة الصحة ما عدا بعض الأنواع التي تغطى طبقا للحاجة الطبية إليها ووجود بدائل مسجلة لها وتوفرها في السوق المصري، وتشمل:
    - Neomercazole
    - Glucophage 850
    - Marivan
    - Eltroxin
    - Panadol
    - Centrum
    - Navidoxine
    - Enpril
    - Chemotherapeutic agents

حالات صرف الأدوية التي تحتاج موافقة متلايف المسبقة

1. مستحضرات الهرمونات والإنزيمات
2. مستحضرات الفيتامينات والمعادن، إلا أن هناك بعض الفيتامينات والمعادن التي يمكن صرفها مباشرة دون موافقة خاصة، وهي:
    - الحديد في علاج فقر الدم
    - فيتامين ب في علاج التهاب الأعصاب و/أو البول السكري و/أو الأمراض الكبدية
    - حمض الفوليك في علاج فقر الدم و/أو الأمراض الكبدية
    - فيتامين ك (K) في علاج الأمراض الكبدية
    - فيتامين هـ (E) في علاج الأمراض الكبدية
    - الكالسيوم في حالات انخفاض كالسيوم الدم أو لين/هشاشة العظام
    - حمض ألفا-ليبويك (ثيوتاسيد وبدائله) في علاج التهاب الأعصاب و/أو البول السكري
3. العكازات
4. بعض الأدوية التى يتم تسجيلها كمكملات غذائية
5. إذا زاد إجمالي قيمة الأدوية الموصوفة في الروشتة الواحدة عن الف جنيه مصري.

تنبيه: عند وجود ملحوظة على البطاقة الطبية تخالف الحد المذكور أعلاه يرجى اتباع تلك الملحوظة عند الصرف.

الموافقة المسبقة

الخدمات التي تتطلب الموافقة المسبقة

ما لم يذكر غير ذلك على البطاقة الطبية، يلتزم مقدم الخدمة بالحصول على موافقة كتابية مسبقة من متلايف قبل الشروع في تقديم أيٍ من الخدمات الطبية التالية:

1. دخول المستشفى في غير حالات الطوارئ (دون استثناء أياً ما كان)
2. جلسات العلاج الطبيعي
3. التحاليل:
   أ. دلالات الأورام والفيروسات
   ب. الهرمونات، عدا تلك المتعلقة بوظائف الغدة الدرقية
   ج. الفحص باستخدام تفاعل البلمرة التسلسلي (PCR)
4. الأشعات:
   أ. الدوبلر على الجنين و الحمل (Doppler)
   ب. الأشعة المقطعية (CT) بالصبغة
   ج. الرنين المغناطيسي (MRI) بالصبغة
   د. الموجات الصوتية ثلاثية الأبعاد
   هـ. الأشعة على الثدي (الماموجرام)
   و. المسح البوزيترونى (PET CT)
5. المناظير بأنواعها
6. صرف الأدوية والمستحضرات للمرضى الخارجيين:
   أ. مستحضرات الهرمونات والإنزيمات
   ب. مستحضرات الفيتامينات والمعادن، ما عدا تلك التي يمكن صرفها مباشرة دون موافقة خاصة (سبق توضيحها)
   ج. العكازات
   د. بعض الأدوية التى يتم تسجيلها كمكملات غذائية
   هـ. إذا زاد إجمالي قيمة الأدوية الموصوفة في الروشتة الواحدة عن الف جنيه مصري.
7. خدمات الأسنان
8. خدمات البصريات

الحصول على الموافقة المسبقة عبر الموقع الإلكتروني (HCIS)

1. افتح الصفحة الإلكترونية: www.eclaim.metlifealico.com (صورة 6).

2. سجل الدخول باسم المستخدم وكلمة السرّ المسلمة لك من متلايف (صورة 6).
3. اختر أيقونة الموافقة المسبقة (Pre-Approval) (صورة 7).
4. تحت تأكيد الأهلية (Eligibility Verification) أدخل بيانات البطاقة الطبية والتي تشمل (صورة 8):
   - رقم وثيقة التأمين
   - الرقم الشخصي
   - رقم المعال
5. إضغط أيقونة الإدخال (Submit) (صورة 8).
6. في صفحة بيانات الوثيقة (Policy Details) راجع بيانات المستفيد، والتي تشمل (صورة 9):
   - بيانات بطاقة التأمين الطبي
   - ما إذا كانت التغطية التأمينية لاتزال سارية
   - المزايا/التغطيات المتاحة للمستفيد
   - نسب التحمل في الخدمات المختلفة
7. طبقا لما سبق، إذا كانت الخدمة المطلوبة متاحة للمستفيد اختر أيقونة موافقة جديدة (New Approval) (صورة 9).
8. في صفحة "ملف موافقة جديدة" (New Pre-Approval File) اختر تخصص مقدم الخدمة (صورة 10).
9. اختر نوع الموافقة ما إذا كانت لخدمات القسم الخارجي (Outpatient) أو القسم الداخلي (Inpatient) (صورة 10).
10. أدخل رقم تليفون المستفيد (صورة 10).
11. اكتب الإجراءات المطلوبة في الخانة المخصصة لذلك أدنى الصفحة (صورة 11).
12. حمل المرفقات المتعلقة بحالة المريض مثل التقارير الطبية أو نتائج الفحوصات (صورة 11).
13. اضغط زر الإرسال (Submit) (صورة 11).
14. عند نجاح الإرسال، ستعطى رقم طلبٍ تستطيع به تتبع الموافقة المطلوبة (صورة 12).
15. لتتبع الموافقة، عد للصفحة الرئيسية واختر أيقونة "البحث عن موافقة" (Pre-Approval Search) (صورة 13).
16. اضغط أيقونة البحث (صورة 13).
17. في الصفحة التالية، أدخل رقم الطلب الذي كنت قد حصلت عليه سابقا في خانة "رقم الموافقة" (Pre-Approval ID) (صورة 14).
18. تحت قائمة الموافقات، اختر رقم الطلب الذي يخص الموافقة المطلوبة (صورة 15).
19. راجع الردّ على طلبك أدنى صفحة الموافقة (صورة 16).
20. اطبع الموافقة (صورة 17) وارفقها مع باقي نماذج ومستندات الخدمة ضمن مطالبة متلايف.

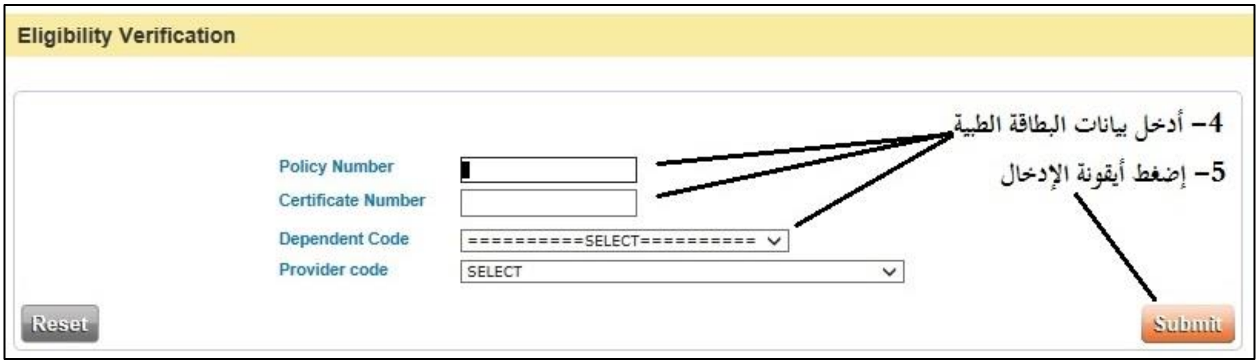
21. قبل تقديم الخدمة يجب مراجعة نموذج الموافقة والتأكد من أنها لاتزال سارية، وبصفة عامة تظل الموافقة سارية لمدة سبعة أيام من تاريخ إصدارها. وفي حال انتهاء الموافقة قبل تقديم الخدمة، يرسل طلب للتجديد ولا يشرع في تقديم الخدمة إلا بعد الحصول على الموافقة المجددة.



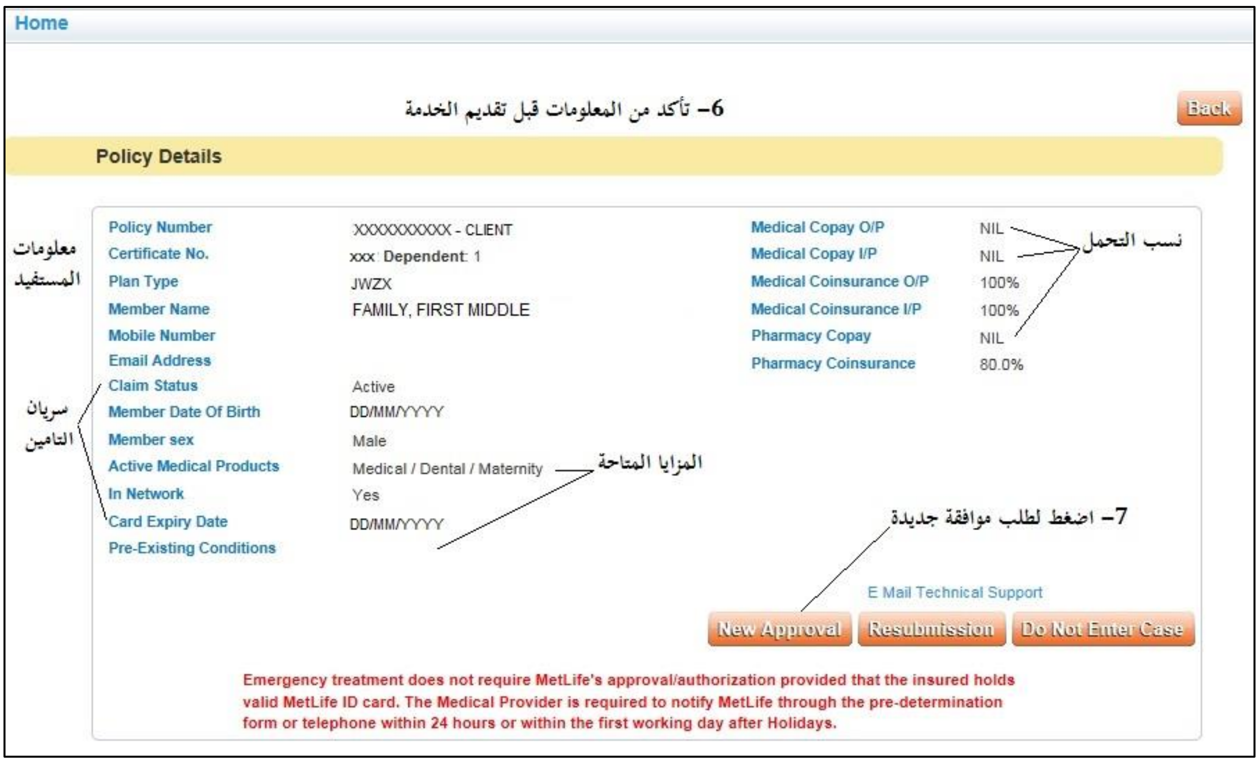
صورة 6: دخول الموقع الإلكتروني.



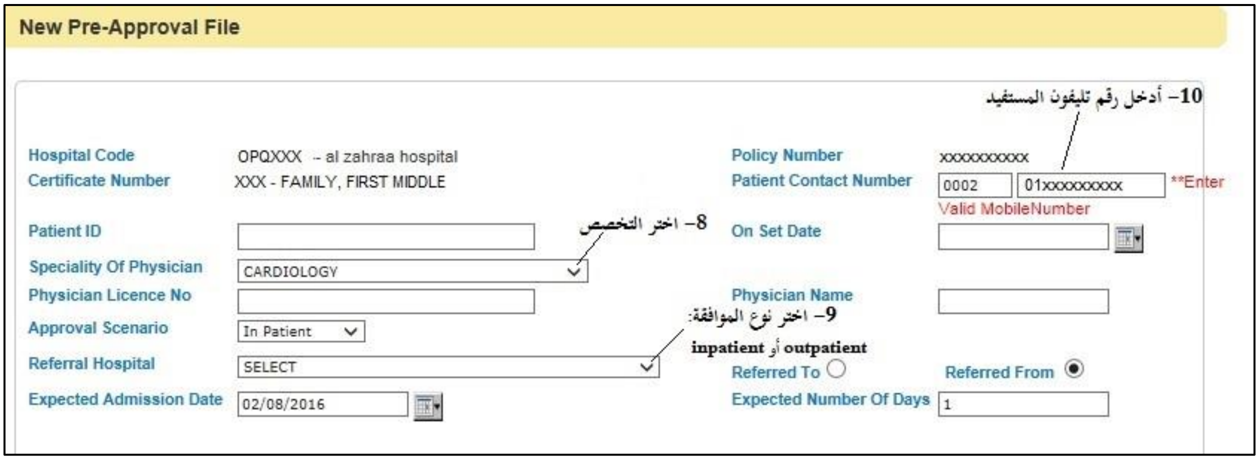
صورة 7: الدخول إلى صفحة الموافقة المسبقة.



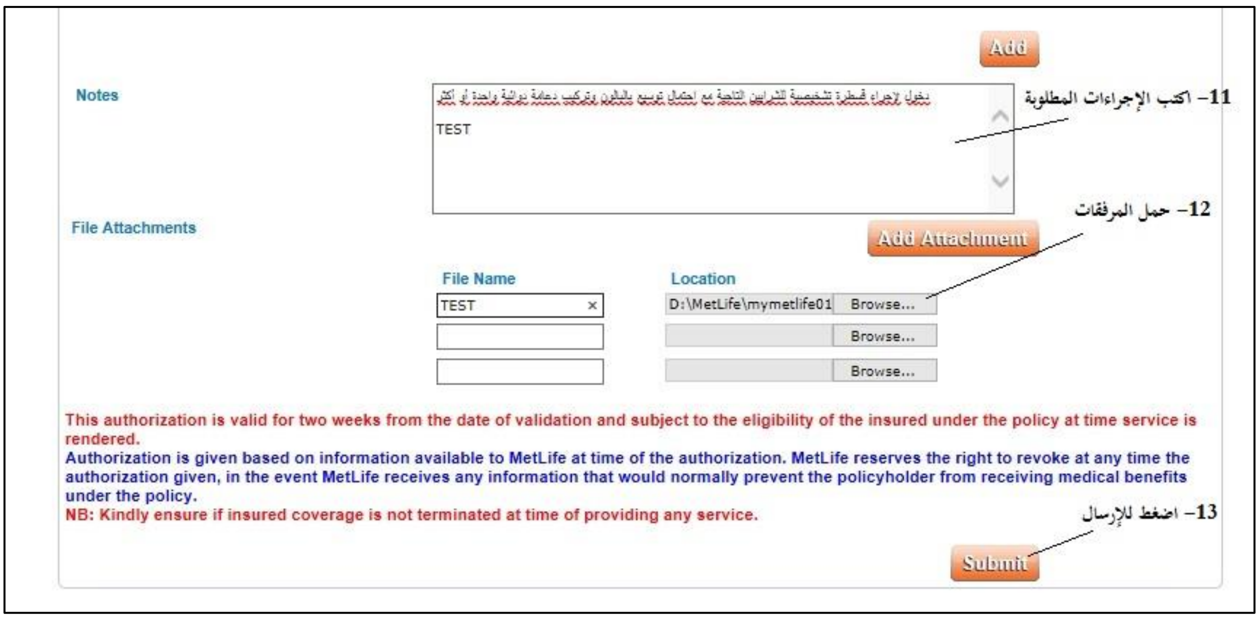
صورة 8: إدخال بيانات بطاقة التأمين الطبي.



صورة 9: مراجعة بيانات المستفيد.



صورة 10: إدخال الجزء الأول من بيانات طلب الموافقة.



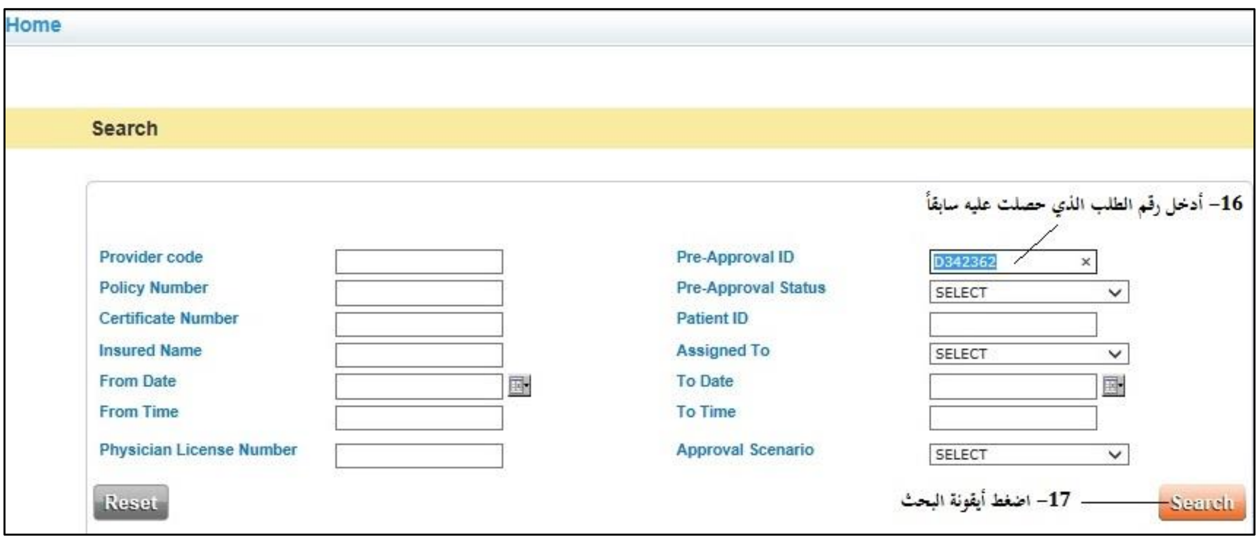
صورة 11: إدخال الإجراءات المطلوبة.



صورة 12: الحصول على رقم الطلب.



صورة 13: دخول صفحة البحث عن الموافقة.



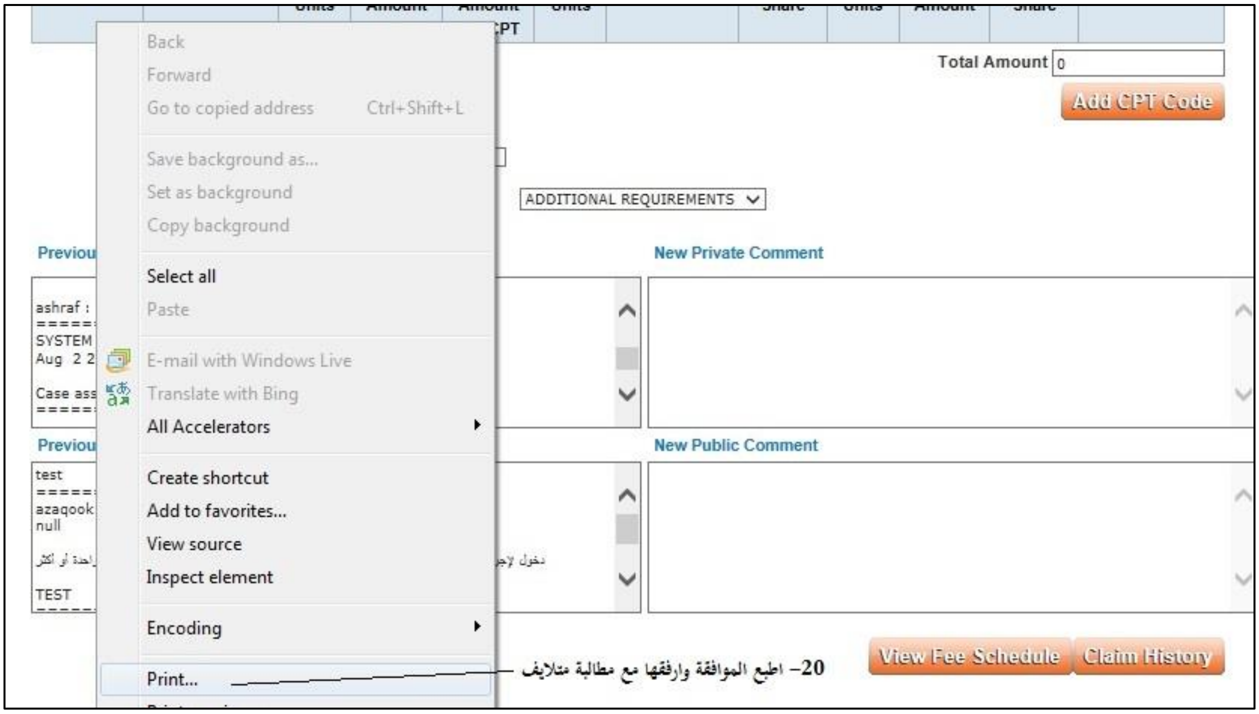
صورة 14: تتبع الموافقة.



صورة 15: اختيار الموافقة.



صورة 16: مراجعة الردّ.



صورة 17: طبع الموافقة.

حالات الطوارئ

- يلتزم مقدم الخدمة في حالات الطوارئ بتقديم الخدمات الطبية للمستفيدين دون الحصول على موافقة كتابية مسبقة من متلايف ودون الاعتداد بفئة البطاقة الطبية التي يحملها المستفيد، شريطة أن يقوم خلال 24 ساعة من تاريخ استقبال حالة الطوارئ أو في أول يوم عمل يلي ذلك التاريخ، بإخطار الشركة عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني على أن يتضمن الإخطار البيانات التالية كشرط أساسي لاعتداد الشركة بالإخطار وسداد المطالبة:
  1. التقرير الطبي المفصل الذي يبين حالة المريض والتشخيص الطبي وبداية ظهور الأعراض، والخدمات الطبية التي يلزم تقديمها للمريض
  2. بيانات البطاقة الطبية للمستفيد لاسيما رقم وثيقة التأمين والرقم الشخصي للبطاقة الطبية
  3. تاريخ وساعة استقبال حالة الطوارئ
- تتحمل الشركة في حالات الطوارئ 100% (مائة في المائة) من نفقات العلاج بما في ذلك الخدمات الطبية المقدمة خارج المستشفى في حدود الأسعار المنصوص عليها في قائمة الأسعار محل الاتفاق.
- لا يشترط في حالات الطوارئ أن يحصل مقدم الخدمة على موافقة كتابية مسبقة لتحويل المستفيد إلى مركز طبي آخر لإجراء الفحوصات والخدمات الطبية التي لا تتوفر لدى مقدم الخدمة. وفي جميع الأحوال يلتزم مقدم الخدمة بإخطار الشركة بحالة الطوارئ خلال 24 ساعة من استقبال الحالة، أو في أول يوم عمل في حالة العطلات الرسمية أو الاضطرابات أو الظروف الاستثنائية أو القوة القاهرة، كشرط أساسي لسداد وتغطية الخدمات الطبية التي تم تقديمها.

– يلتزم مقدم الخدمة باستقبال المستفيد حتى ولو كانت البطاقة الطبية الخاصة به لا تسمح له بتلقي العلاج لديه.

قائمة الاستثناءات

مالم يذكر خلاف ذلك في البطاقة الطبية، لاتغطى النفقات المتعلقة بشكل مباشر أو غير مباشر بأيٍ ممايلي:

1. الإيذاء الذاتي سواء كان المؤمَّن عليه عاقلاً أو غير عاقل، وكذلك حالات علاج الإدمان الكحولي أو إدمان المخدرات، وعلاج أمراض الحساسية أو الأمراض العصبية أو العقلية.
2. الإصابة أو المرض الناتج عن فتنة أو حرب (سواء كانت حالة الحرب معلنة أم لا) أو نتيجة لقلاقل أو اضطرابات أو ثورات شعبية).
3. العلاج بالراحة أو في دور النقاهة أو الاستجمام، أو الحجز في مصحات الحجر أو العزل الصحي. جراحات التجميل وعلاجا ته ما لم تكن نتيجة لإصابة جسدية نشأت عن حادث وقع للمؤمَّن عليه.
4. علاج الأسنان بصفة عامة من أشعة وخلع ومعاينة وحشو وغيرها، وكذلك النظارات الطبية ووسائل السمع، تصحيح النظر باستخدام نظارات طبية، اختبارات النظر التي لا علاقة لها بأعراض مرضية الكشف الطبي العام، وكذلك الكشف الطبي لأغراض لا تتعلق بمرض أو إصابة جسدية ناتجة عن حادث، وكذلك المصروفات المتعلقة بالبنود التالية :
   - الأدوات الطبية المساعدة (مثل أجهزة الاستنشاق).
   - علاج فقدان الشهية، السمنة، القلق، الصلع.
   - وسائل منع الحمل.
   - التلقيح الصناعي، إحداث التبويض.
   - الأغذية المساعدة (مثل الفيتامينات)، (العلاج بالأعشاب الطبية).
   - الطب الوقائي، التطعيم، الطهارة، الإبر الصينية.
5. نقل المؤمَّن عليه إذا لم يكن بواسطة خدمة سيارات إسعاف محلية مرخصة.
6. أي حالات عجز نشأت قبل تاريخ بدء سريان التغطية التأمينية.
7. حالات الحمل والولادة والإجهاض والإسقاط.
8. علاج الإيدز (مركب نقص المناعة المكتسب AIDS) أو المركب المتصل بالإيدز (ARC).
9. أي عمليات إجهاض تمت لأسباب اختيارية، نفسية أو اجتماعية وما يترتب عنها.
10. علاج حالات العقم والحالات المتعلقة بها وكذلك علاج منع الحمل أو العقم.
11. العاهات الجسمانية والعيوب الخلقية والحالات الوراثية.
12. عمليات الاستبدال، الأجهزة التصحيحية و الأدوات الطبية الغير لازمة جراحياً.
13. عمليات نقل وزرع الأعضاء ما عدا عمليات القلب والكلى والكبد.
14. تكلفة الحصول على الأعضاء التي يفرضها الشخص المتبرع بالعضو.
15. رسوم التسجيل.

16. رسوم التقارير الطبية.
17. الضرائب.
18. تكلفة المرافق.
19. إيجار التلفزيون والمكالمات التليفونية وتكلفة الطعام الإضافي.
20. السماعات الطبية.
21. متابعة الحمل.
22. التهاب اللثة وعلاج الفك.
23. الأحذية الطبية وشرا بات العلاج الطبي.
24. أتعاب أطباء النظام الغذائي.
25. قيمة أي كشوف أو أدوية غير مرفق بها التشخيص الطبي.
26. علاج أي من الأعراض التي يتم توصيفها كمرض مثل الفلات فوت، الاضطراب النفسي، .. الخ.
27. الأدوية الغير مغطاة مثل مضادات الاكتئاب، مستحضرات التجميل، أدوية التخسيس، الشامبو، علاجات تقوية الشعر، الصابون، علاجات العقم، الألبان، معاجين الأسنان، سدادات الأذن، .. الخ.

تقديم المطالبات

إرشادات عامة

من أجل تفادي أي تأخير في تدقيق المطالبات، يُرجَى التأكد من الآتي:

1. الإجابة على كافة الأسئلة في نموذج مطالبة مِتلايف.
2. جميع المطالبات مع مرفقاتها يجب أن تقدم خلال 30 يوماً من تاريخ المعالجة، مع ملاحظة أن المطالبات المقدمة بعد 90 يوماً من تاريخ المعالجة ستكون مرفوضة.
3. أن يكون ترتيب النماذج و الفواتير ورقياً هو نفس الترتيب المتبع في الغلاف الإلكتروني.
4. <u>للمرضى الخارجيين يُرجَى إرفاق المستندات التالية لكل مريض:</u>
   أ. نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية الورقي المتعلق وكذلك الإلكتروني
   ب. وصفة طبية لكل الأدوية المصروفة.
   ج. فاتورة دواء مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الشراء، اسم الدواء، كمية الدواء، سعر كل وحدة دواء.
   د. فاتورة تحاليل طبية مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الخدمة، اسم التحليل، تكلفة كل تحليل.
   هـ. فاتورة أشعة مفصلة تحتوي على اسم المريض، تاريخ الخدمة، اسم الأشعة، وتكلفة كل خدمة.
   و. فاتورة العلاج الطبيعي تحتوي على اسم المريض، تاريخ الجلسات، نوع وموضع العلاج الطبيعي وبطاقة المتابعة المثبت بها توقيع المستفيد.

ز. نموذج الموافقة المسبقة الذي يوضح موافقة مِتلايف على الخدمة إن كانت من الخدمات الموجبة للموافقة المسبقة.

5. بالنسبة لمرضى القسم الداخلي يُرجَى إرفاق المستندات التالية:

أ. فاتورة مستشفى مفصلة تحتوي على تفاصيل التحاليل الطبية المجراة وتفاصيل الأدوية وتفاصيل الأشعات وتفاصيل كافة الخدمات الأخرى.

ب. تقرير طبي مفصل عن الحالة.

ج. إذا كانت أجور الطبيب أو الجراح أو طبيب التخدير منفصلة يُرجَى إرفاق كافة التفاصيل.

د. نموذج الموافقة المسبقة الذي يوضح موافقة مِتلايف على الدخول أو الخدمات المقدمة.

6. حالات التحايل أو الإهدار أو إساءة الاستخدام أو الخطأ أو التقصير:

أ. لا تلتزم الشركة بسداد أية مطالبات يتم تقديمها بما يخالف الشروط والأحكام والإجراءات المنصوص عليها في هذا الدليل أو تلك التي يثبت لها وقوع تحايل أو تواطؤ من مقدم الخدمة مع المستفيد فيما يتعلق بالخدمات الطبية موضوع المطالبة، سواء ما تعلق منها، على سبيل الخصوص لا الحصر، بطبيعة الخدمات الطبية أو كمها أو هوية المستفيد أو احتياجه للخدمة الطبية أو أي إخلال أو تقصير من قبل مقدم الخدمة بأي من التزاماته المنصوص عليها في الاتفاق أو في أي تشريع أو قانون واجب التطبيق، وذلك دون الإخلال بحق الشركة في الرجوع على مقدم الخدمة و/أو المستفيدين بالتعويض عن أية أضرار أو خسائر تكون قد تكبدتها الشركة نتيجة ذلك.

ب. يحق للشركة استرداد ما تكون قد سددته لمقدم الخدمة مقابل الخدمات الطبية التي ثبت خطأه أو تقصيره في تقديمها.

7. تبرأ ذمة الشركة نهائياً فيما يتعلق بالمطالبات التي تقوم بسدادها فى حالة عدم اعتراض مقدم الخدمة كتابة على مبلغ/مبالغ السداد خلال خمسة عشر (15) يوماً على الأكثر من تاريخ السداد. ويعتبر إيصال/إيصالات الاستلام و/أو أية مستندات بنكية أو غيرها تثبت سداد الشركة للمطالبة/المطالبات موضوع السداد بمثابة مخالصة نهائية، ولا يحق لـ"مقدم الخدمة المعتمد" الرجوع على "الشركة" لاحقاً بأى شكل من الأشكال فيما يتعلق بالمطالبة/المطالبات موضوع السداد.

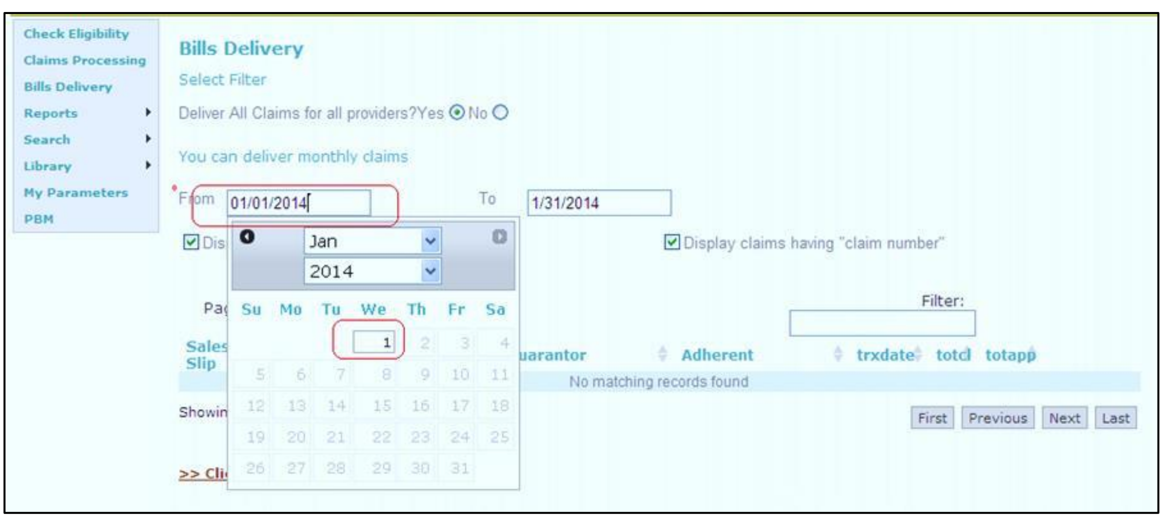
تحضير مطالبات الصيدليات

1. قم بالدخول على تحضير المطالبة الشهرية من خلال أيقونة تقديم الفواتير (Bills Delivery) (صورة 18).
2. اختر الشهر الذي ستقوم بإرسال المطالبات الخاصة به عن طريق اختيار أول يوم في الشهر (صورة 19).
3. قم بإزالة العلامة "Display claims having claim number" المبينة أدناه لإظهار المطالبات المسجلة (صورة 20).
4. قم بمراجعة المطالبات الموجودة على البرنامج واحذف المطالبات التى لن يتم إرسالها عن طريق الضغط على "Skip" (صورة 21).
5. اضغط على السطر "Click here to deliver all claims <<" الموضح أدناه (صورة 22).

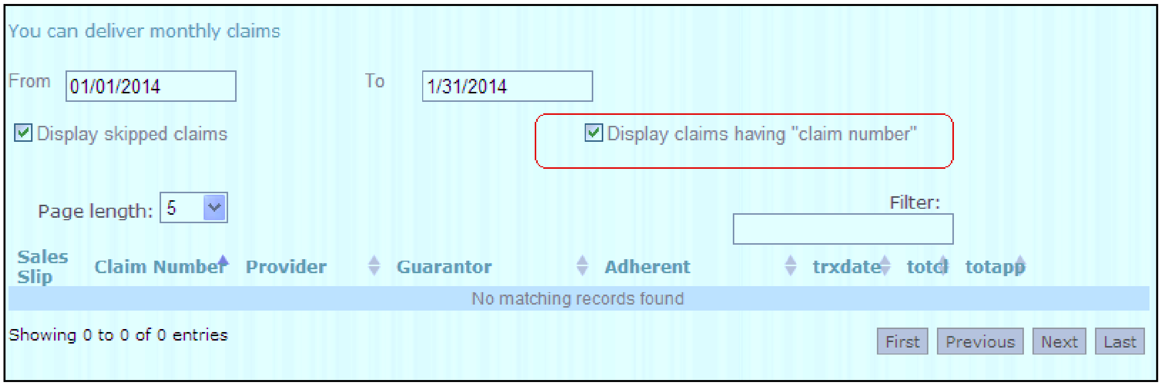
6. اطبع التقرير.
7. سيقوم التقرير بتقسيم الفواتير حسب صافي قيمتها (بعد الخصم والتحمل) إلى أقل وأكثر من 80 جنيها، مما يعني أنكم ستقدمون مطالبتكم الشهرية لمتلايف في جزأين ضمن نفس المغلف:
   - الفواتير صافي قيمتها أقل من 80 جنيها
   - الفواتير صافي قيمتها أكثر من 80 جنيها
8. تأكد من أن يكون ترتيب المطالبات ورقياً هو نفس الترتيب الموضح على التقرير الصادر حتى نتمكن من مراجعة المطالبة.
9. يجب إرفاق فاتورة الصيدلية الضريبية مختومة مع كل مطالبة موضحةً تاريخ الصرف واسم المستفيد وكذلك الأصناف التي تم صرفها.



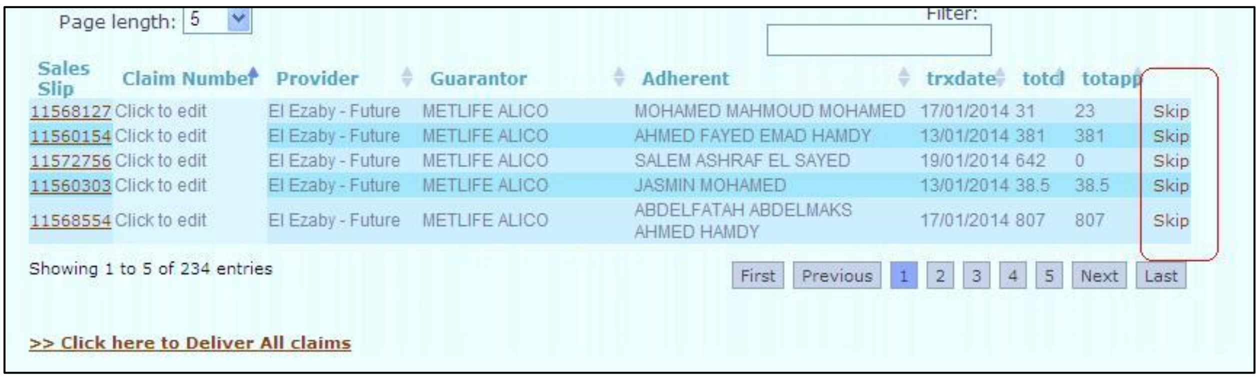
صورة 18



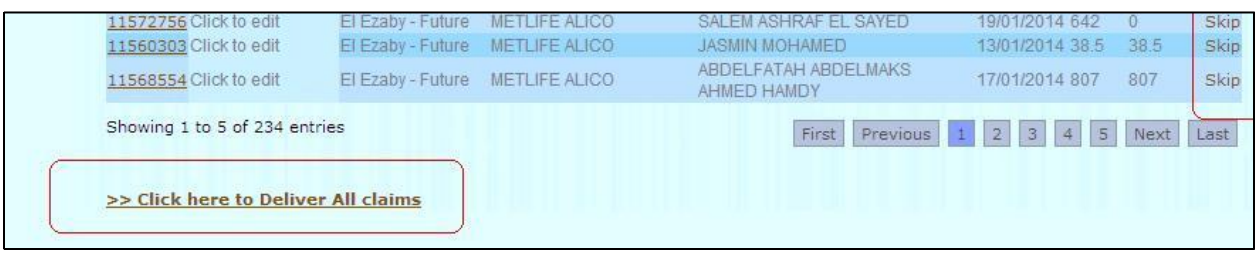
صورة 19



صورة 20



صورة 21



صورة 22

في حال وجود مشكلة تقنية متعلقة ببرنامج آي*كير (I*CARE) يتم الرجوع إلى قسم الدعم الفني عن طريق:

- الاتصال على رقم 0233086255
- البريد الألكتروني: providersupport@globemedegypt.com

اتصل بنا

عنوان الشركة مبنى رقم 75 شارع التسعين – القاهرة الجديدة . شركة متلايف

تليفونات الشركة 02-24619020 & 02-24616500 & 02-24616600

فاكس الموافقات المسبقة 02-27545228 & 02-25170608

الخط الساخن 24 ساعة / طوال أيام الأسبوع 19097

لطلب دفاتر نماذج مطالبات متلايف يرجى الاتصال برقم 01099730193 & 01002154164

برجاء الألتزام بطريقة تقديم كشف المطالبة الطبية وهى كالأتى

مسلسل	اسم المريض	رقم الوثيقة	رقم الشهادة الفردية	المعال	التاريخ	بيان الخدمة	كود الخدمة	القيمة المطلوبة	نسبة الخصم	التحمل	الصافى
الاجمالى											

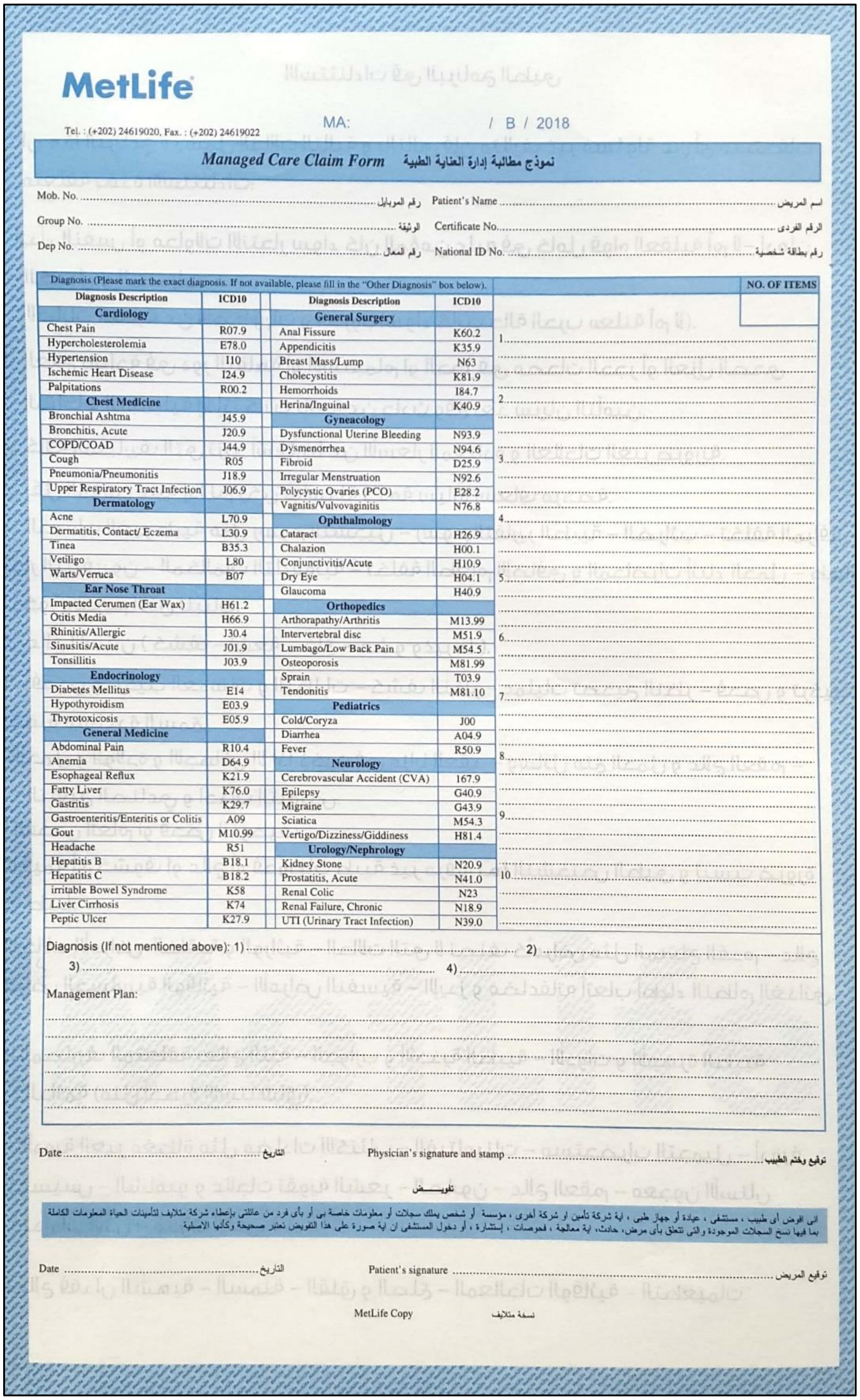
البريد الألكترونى لأرسال المطالبات الطبية Mohamed.Yeacot@metlife.com

بريد الموافقات المسبقة الألكترونى Approval.requests@metlife.com

للأستفسار أو الشكاوى ServeMe-Egypt@metlife.com

البريد الألكترونى للشبكة الطبية Egypt.Medicalunit@metlife.com

ملحق 1: نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية (الورقي)



MetLife

Tel. : (+202) 24619020, Fax. : (+202) 24619022

MA: / B / 2018

Managed Care Claim Form نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية

Mob. No. .... رقم الموبايل　Patient's Name .... اسم المريض

Group No. .... الوثيقة　Certificate No. .... الرقم الفردى

Dep No. .... رقم المعال　National ID No. .... رقم بطاقة شخصية

Diagnosis (Please mark the exact diagnosis. If not available, please fill in the "Other Diagnosis" box below).

Diagnosis Description	ICD10
Cardiology	
Chest Pain	R07.9
Hypercholesterolemia	E78.0
Hypertension	I10
Ischemic Heart Disease	I24.9
Palpitations	R00.2
Chest Medicine	
Bronchial Ashtma	J45.9
Bronchitis, Acute	J20.9
COPD/COAD	J44.9
Cough	R05
Pneumonia/Pneumonitis	J18.9
Upper Respiratory Tract Infection	J06.9
Dermatology	
Acne	L70.9
Dermatitis, Contact/ Eczema	L30.9
Tinea	B35.3
Vetiligo	L80
Warts/Verruca	B07
Ear Nose Throat	
Impacted Cerumen (Ear Wax)	H61.2
Otitis Media	H66.9
Rhinitis/Allergic	J30.4
Sinusitis/Acute	J01.9
Tonsillitis	J03.9
Endocrinology	
Diabetes Mellitus	E14
Hypothyroidism	E03.9
Thyrotoxicosis	E05.9
General Medicine	
Abdominal Pain	R10.4
Anemia	D64.9
Esophageal Reflux	K21.9
Fatty Liver	K76.0
Gastritis	K29.7
Gastroenteritis/Enteritis or Colitis	A09
Gout	M10.99
Headache	R51
Hepatitis B	B18.1
Hepatitis C	B18.2
irritable Bowel Syndrome	K58
Liver Cirrhosis	K74
Peptic Ulcer	K27.9

Diagnosis Description	ICD10
General Surgery	
Anal Fissure	K60.2
Appendicitis	K35.9
Breast Mass/Lump	N63
Cholecystitis	K81.9
Hemorrhoids	I84.7
Herina/Inguinal	K40.9
Gyneacology	
Dysfunctional Uterine Bleeding	N93.9
Dysmenorrhea	N94.6
Fibroid	D25.9
Irregular Menstruation	N92.6
Polycystic Ovaries (PCO)	E28.2
Vagnitis/Vulvovaginitis	N76.8
Ophthalmology	
Cataract	H26.9
Chalazion	H00.1
Conjunctivitis/Acute	H10.9
Dry Eye	H04.1
Glaucoma	H40.9
Orthopedics	
Arthorapathy/Arthritis	M13.99
Intervertebral disc	M51.9
Lumbago/Low Back Pain	M54.5
Osteoporosis	M81.99
Sprain	T03.9
Tendonitis	M81.10
Pediatrics	
Cold/Coryza	J00
Diarrhea	A04.9
Fever	R50.9
Neurology	
Cerebrovascular Accident (CVA)	167.9
Epilepsy	G40.9
Migraine	G43.9
Sciatica	M54.3
Vertigo/Dizziness/Giddiness	H81.4
Urology/Nephrology	
Kidney Stone	N20.9
Prostatitis, Acute	N41.0
Renal Colic	N23
Renal Failure, Chronic	N18.9
UTI (Urinary Tract Infection)	N39.0

NO. OF ITEMS

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Diagnosis (If not mentioned above): 1) .... 2) ....

3) .... 4) ....

Management Plan:

....

Date .... التاريخ　Physician's signature and stamp .... توقيع وختم الطبيب

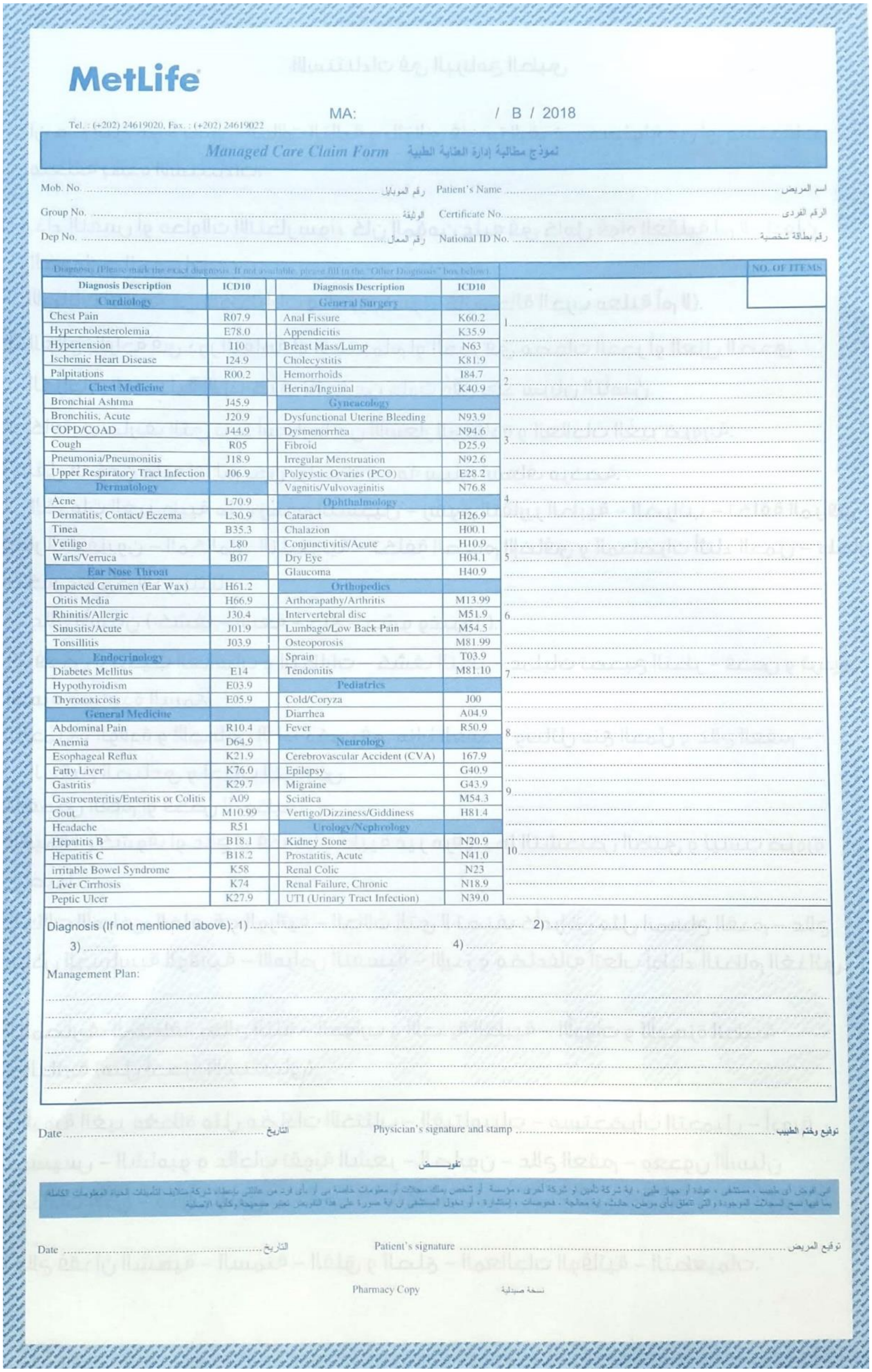
تفويض

انى افوض اى طبيب ، مستشفى ، عيادة أو جهاز طبى ، اية شركة تأمين او شركة أخرى ، مؤسسة أو شخص يملك سجلات أو معلومات خاصة بى أو بأى فرد من عائلتى بإعطاء شركة متلايف لتأمينات الحياة المعلومات الكاملة بما فيها نسخ السجلات الموجودة والتى تتعلق بأى مرض، حادث، اية معالجة ، فحوصات ، إستشارة ، أو دخول المستشفى ان اية صورة على هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الاصلية

Date .... التاريخ　Patient's signature .... توقيع المريض

MetLife Copy　نسخة متلايف

صورة 23: نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية الورقي – نسخة متلايف (النسخة البيضاء)



MetLife

Tel.: (+202) 24619020, Fax.: (+202) 24619022

MA: / B / 2018

Managed Care Claim Form نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية

Mob. No. .... رقم الموبايل Patient's Name .... اسم المريض

Group No. .... الوثيقة Certificate No. .... الرقم الفردى

Dep No. .... رقم المعال National ID No. .... رقم بطاقة شخصية

Diagnosis (Please mark the exact diagnosis. If not available, please fill in the "Other Diagnosis" box below).

Diagnosis Description	ICD10
Cardiology	
Chest Pain	R07.9
Hypercholesterolemia	E78.0
Hypertension	I10
Ischemic Heart Disease	I24.9
Palpitations	R00.2
Chest Medicine	
Bronchial Ashtma	J45.9
Bronchitis, Acute	J20.9
COPD/COAD	J44.9
Cough	R05
Pneumonia/Pneumonitis	J18.9
Upper Respiratory Tract Infection	J06.9
Dermatology	
Acne	L70.9
Dermatitis, Contact/ Eczema	L30.9
Tinea	B35.3
Vetiligo	L80
Warts/Verruca	B07
Ear Nose Throat	
Impacted Cerumen (Ear Wax)	H61.2
Otitis Media	H66.9
Rhinitis/Allergic	J30.4
Sinusitis/Acute	J01.9
Tonsillitis	J03.9
Endocrinology	
Diabetes Mellitus	E14
Hypothyroidism	E03.9
Thyrotoxicosis	E05.9
General Medicine	
Abdominal Pain	R10.4
Anemia	D64.9
Esophageal Reflux	K21.9
Fatty Liver	K76.0
Gastritis	K29.7
Gastroenteritis/Enteritis or Colitis	A09
Gout	M10.99
Headache	R51
Hepatitis B	B18.1
Hepatitis C	B18.2
irritable Bowel Syndrome	K58
Liver Cirrhosis	K74
Peptic Ulcer	K27.9

Diagnosis Description	ICD10
General Surgery	
Anal Fissure	K60.2
Appendicitis	K35.9
Breast Mass/Lump	N63
Cholecystitis	K81.9
Hemorrhoids	I84.7
Herina/Inguinal	K40.9
Gyneacology	
Dysfunctional Uterine Bleeding	N93.9
Dysmenorrhea	N94.6
Fibroid	D25.9
Irregular Menstruation	N92.6
Polycystic Ovaries (PCO)	E28.2
Vagnitis/Vulvovaginitis	N76.8
Ophthalmology	
Cataract	H26.9
Chalazion	H00.1
Conjunctivitis/Acute	H10.9
Dry Eye	H04.1
Glaucoma	H40.9
Orthopedics	
Arthorapathy/Arthritis	M13.99
Intervertebral disc	M51.9
Lumbago/Low Back Pain	M54.5
Osteoporosis	M81.99
Sprain	T03.9
Tendonitis	M81.10
Pediatrics	
Cold/Coryza	J00
Diarrhea	A04.9
Fever	R50.9
Neurology	
Cerebrovascular Accident (CVA)	I67.9
Epilepsy	G40.9
Migraine	G43.9
Sciatica	M54.3
Vertigo/Dizziness/Giddiness	H81.4
Urology/Nephrology	
Kidney Stone	N20.9
Prostatitis, Acute	N41.0
Renal Colic	N23
Renal Failure, Chronic	N18.9
UTI (Urinary Tract Infection)	N39.0

NO. OF ITEMS

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Diagnosis (If not mentioned above): 1) .... 2) ....

3) .... 4) ....

Management Plan:

Date .... التاريخ Physician's signature and stamp .... توقيع وختم الطبيب

تفويـــــض

إني أفوض أي طبيب ، مستشفى ، عيادة أو جهاز طبي ، أية شركة تأمين أو شركة أخرى ، مؤسسة أو شخص يملك سجلات أو معلومات خاصة بي أو بأي فرد من عائلتي بإعطاء شركة متلايف لتأمينات الحياة المعلومات الكاملة بما فيها نسخ السجلات الموجودة والتي تتعلق بأي مرض، حادث، أية معالجة ، فحوصات ، إستشارة ، أو دخول المستشفى أن أية صورة على هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصلية

Date .... التاريخ Patient's signature .... توقيع المريض

Pharmacy Copy نسخة صيدلية

صورة 24: نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية الورقي – نسخة الصيدلية (النسخة الزرقاء)

ملحق 2: نموذج مطالبة إدارة العناية الطبية (الإلكتروني)

For MetLife Use Only

GENERAL SURGEON

MetLife

Nile City Towers, 2005 C Cornish El Nile
28th floor, North Tower
Ramlet Beaulac, Cairo, Egypt
Tel : (202) 24616500
Fax : (202) 24619022

MANAGED CARE CLAIM FORM **FORM No.**

Patient Name :... Clinic/Hosp. No:...

Subscriber No.......................Policy Number :............................... Cert. No :................. Dependent No :...........

Please fill this portion to have prompt reimbursement and avoid unnecessary suspension

1 - How long has patient been suffering from this sickness: ....

2 - Did patient have any previous treatment/consultation at your clinic/other medical facility for this sickness, please specify the date:

1-...................................... 2-... 3-...

Diagnosis

P	Diagnosis Description	ICD-9	P	Diagnosis Description	ICD-9
	Abdominal Pain	789.0		Hernia , Inguinal	550.9
	Abscess / Cellulitis	682.9		Hernia , Umbilical	553.1
	Adenopathy / Enlargement Lymph Nodes	785.6		Ingrowing Nail	703.0
	Anal Fissure	565.0		Kidney Stone	592.0
	Anal Fistula	565.1		Lipoma	214.9
	Appendicitis	541		Perianal Abscess	566
	Cardiac Murmurs	785.2		Pilonidal Sinus	685.1
	Bladder Stone	594.1		Prostatic Hypertrophy - Benign	600
	Breast Mass / Lump	611.72		Prostatitis	601.9
	Cholecystitis	575.10		Sebaceous Cyst	706.2
	Cholelithiasis	574.2		Skin Ulcer	707.9
	Ganglion	727.43		Thyroid Nodule	226
	Gangrene	785.4		Wound	879.8
	Gastric / Stomach Ulcer	531.9	**Other Diagnoses**		
	Head Injury	959.01			
	Hemorrhoids Thrombosed - External	455.4			
	Hemorrhoids Thrombosed - Internal	455.1			

Physician Request

Prescription

NB: IN CASE OF SURGERY, HOSPITALIZATION, MRI, C.T.SCAN, ECHOCARDIOGRAPHY, TREADMILL, ECHO DOPPLER OR PHYSIOTHERAPY PLEASE FILL THE " PRE-DETERMINATION APPROVAL REQUEST FORM"

Physician's Signature and Stamp: .... Date: ....

Authorization Statement

I hereby authorize any doctor, hospital, or medical provider, any insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my family members to provide MetLife with the complete information's, including copies of their records with reference to my sickness or accident, any treatment, examination, advice, or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy.I hereby authorize MetLife to use my mobile number at hospital record for communicating my insurance benefits related information through Short Message Service (SMS) and I hereby waive MetLife from any and all liability or claim arising out or in connection with any failure and/or error in sending and receiving the SMS.

Employee's Signature : .... Date : ....

Physician Copy

ملحق 3: نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية (نموذج "د") (الورقي)

MetLife

نـــموذج (د)

صالح لمدة ٧ أيام

نموذج الموافقة المسبقة للعناية الطبية

التاريخ : .... رقم الفـاكـس : ....

☐ لا أرغب فى إبلاغى برسالة قصيرة أو بريد إلكترونى

☐ أرغب فى إبلاغى برسالة قصيرة أو بريد إلكترونى

رقم الهاتف المحمول : .... البريد الألكترونى : ....

اسم المريض : .... تاريخ الميلاد : ....

رقم الوثيقـة : .... رقم شهـــادة التأمين الفـردية : ....

الشكـوى الرئيسيـة ومدة العجـز : ....

....

التشخيص المرضى : ....

تواريخ أى معـالجة سابقـة لهـذا العجـز : ....

الموافقة المطلوبة للآتى :

☐ الدخول إلى المستشفـى ☐ أشعـة مقطعيـــة بالكمبيـــوتر ☐ الرنين المغناطيسى

☐ فحوصات القلــب و الاوعيـة الدمويـة المتقدمة ☐ العلاج الطبيعـــى (عدد الجلسات)

☐ خدمات العيادات الخارجية ☐ أخرى (رجاء التحديد)

عدد الأيام التقديرية داخل المستشفـى : .... تصنيــف العمليـة : ....

تكلفـــة العلاج التقديرية : .... تاريخ إجراء العمليـة : ....

اســم الطبيب المعـالـج : .... التوقيع : ....

رقم الهاتف المحمول : .... رقم الفـاكـس : ....

* إنى أوافق على إعطاء رقم هاتفى المحمول للشركة الفرعونية الأمريكية لتامينات الحياة - لتوصيل المعلومات أو بيانات تتعلق بوثيقة (وثائق) التامين الخاصة بى لدى الشركة من خلال خدمة الرسائل القصيرة . كما اتعهد بإبلاغ متلايف خطياً فى حال فصل أو تغيير رقم الهاتف المحمول الذى يستقبل هذة الخدمة أو فقدان أو سرقة بطاقة الهاتف المحمول ليتسنى للشركة تعديل أو وقف الخدمة و أنى أتفهم بأن متلايف ستبذل كل عنايتها عند إرسال و إستقبال هذه البيانات / المعلومات ،وتتخذ الإحتياطات المناسبة لضمان أمن و سلامة و خصوصية البيانات الشخصية للعميل . وأنى أوافق علي إستقبال جميع الرسائل المرسلة من متلايف على رقم هاتفي المحمول المحدد في الطلب و تعتبر جميع الرسائل المرسلة علي هذا النحو قد سلمت لى و تحت مسئوليتى الكاملة منذ لحظة إرسالها . كما أتفهم و أوافق على عدم تحمل متلايف أي مسئولية عن أى ضرر أو خسائر أو تكاليف أو مصاريف اتكبدها نتيجة إحتيال أو سرقة او تزوير أو إتلاف او إستخدام غير سليم أو غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة بوثيقة التامين اثناء تمرير البيانات/المعلومات من خلال الرسائل القصيرة ولا تتحمل متلايف البكو أي مسئولية عن تأخير تسليم أو عدم تسليم الرسالة بسبب خلل وعطل فنى أو شلل فى الشبكة لأي سبب من الأسباب.

توقيع المريض ....

لاستعمال متلايف فقط For MetLife use Only

قرار متلايف : .... MetLife Decision :

....

موافقة متلايف على المبلغ التالى : .... : Amount Agreed by MetLife

عدد الأيام المتفق عليها : .... : Number of approved days

التوقيع والتاريخ : .... : Signature & Date

ملحوظة: الرد خــلال ٢٤ ســاعة عـدا حــالات الطــوارئ

عند تعبئة هذا النموذج، رجاء إرساله بالفاكس إلى متلايف . قسم المطالبات فاكس رقم : ٠٢-٢٧٩٢٩١٧٤ وفى حالات الضرورة الإتصال بالأرقام التالية ١٩٠٩٧

approval.requests@metlife .com

جميع المطالبات خاضعة لشروط واستثناءات الوثيقة

a MetLife Inc. Comapny